

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL HUANCAMELICA**

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

Huancavelica, 09 de noviembre de 2021

OFICIO N° 039-2021-CTVC/HUANCAMELICA

Señor:

Alfredo Cutti Vargas

Jefe de la Unidad Territorial
(Programa Nacional Cuna Mas-Huancavelica)

Presente. –

Asunto : SE ALERTA OCHO (08) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

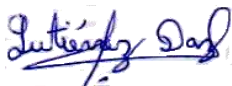
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| • CASO N° 167-2021-CTVC/HVC | • CASO N° 171-2021-CTVC/HVC |
| • CASO N° 168-2021-CTVC/HVC | • CASO N° 172-2021-CTVC/HVC |
| • CASO N° 169-2021-CTVC/HVC | • CASO N° 173-2021-CTVC/HVC |
| • CASO N° 170-2021-CTVC/HVC | • CASO N° 174-2021-CTVC/HVC |

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente.



YUDITH ISABEL GUTIERREZ DAZA
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-HUANCAMELICA

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

**Av. Celestino Manchego Muñoz N° 258 2do. Piso, cercado de la Ciudad - Of. de La MCLCP - Hvca (ref.:
Frente a la Municipalidad prov. de Hvca) – Huancavelica**
Teléfono: (01) 422 6900, Celular: 942153032
Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / Huancavelica.rrctvcperu@gmail.com
Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. HUANCVELICA: (#) 942153032
Telf. LIMA: (#)951864589

CASO

N° 170-2021-CTVC/HVC

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	27/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CURIPACO HUILLCAS MOISES	3. NÚMERO-DNI:	45872857
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE ASCENSION	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	27/10/2021
7. DEPARTAMENTO:	HUANCVELICA	8. PROVINCIA:	HUANCVELICA
9. DISTRITO:	ASCENSION	10. CCPP/DIRECCIÓN:	QUINTA BOLIVIANA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	72240313-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Rosmary Soto Rojas madre del usuario de iniciales F.M.Q.S., atendido por el Comité de Gestión “Quinta Boliviana”, evidenciándose los siguientes puntos críticos: **(Ver anexo 01)**

1. HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".

Madre de usuario indicó que no conoce de qué se trata Cuna Más Digital y no le han informado sobre este tipo de servicios que tiene el programa. Esta situación podría contravenir la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2021” en el punto 6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Asimismo, en la RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM en el 5.3.2. Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial indica que a) La información y orientación consiste en abordar contenidos relacionados a las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje de la/el cuidadora/or principal (madre, padre u otro cuidador) para favorecer el desarrollo infantil temprano y de manera complementaria sensibilizar y difundir mensajes para la prevención del COVID-19 y salud mental que incluye prevención de la violencia, lo cual se realiza a través de mensajes por medios digitales.

2. PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN INCOMPLETO.

Madre de usuario indica que el mes de octubre ha recibido el Kit de Higiene y Protección incompleto, indica que no le entregaron las **02 und. de Papel Toalla**. Esta situación podría contravenir lo estipulado en el punto 5.7.2 de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, donde indica que la dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a usuarias/os y cuidador principal del SCD y familias usuarias del SAF, para uso de la niña/niño, gestante y/o cuidador principal, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19, la cual se realiza de forma mensual.

3. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.

Madre de usuario refirió que no ha recibido hasta el momento ningún kit de juegos o cuentos, manifestó que tal vez sea porque su niño ingresó en este año. Esta situación podría contravenir lo estipulado en el punto 5.10 de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece que la entrega de kit de DIT es para los usuarios continuadores por única vez.

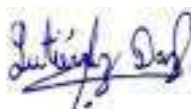
IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso.
- Mayor seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión y a los actores comunales, a fin de mejorar el servicio al usuario.
- Mayor acompañamiento a fin de hacer llegar el kit de higiene a los usuarios de manera oportuna para evitar en lo posible el riesgo a la exposición a la COVID 19.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

- Una (01) Copia de la Ficha de Vigilancia N° V-210-2021-HVC-C. **(03 folio)**.



.....
Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional

1. Una (01) Copia de la Ficha de Vigilancia N° V-210-2021-HVC-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
Teléfono Regional: 951864589			FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-210-2021-HVC-C				
SEDE REGIONAL HUANCAMELICA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES											
Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad							SI	NO			
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)											
1	FECHA de la entrevista:			27 / 10 / 2021	2	HORA de la entrevista:		INICIAL 10 : 02	FINAL 10 : 18		
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.											
3	DNI del Cuidador Principal:			72240313	4	NOMBRE y APELLIDOS:		ROSMERY SOTO ROJAS			
5	DEPARTAMENTO:			HUANCAVELICA	6	PROVINCIA:		HUANCAMELICA			
7	DISTRITO:			ASCENSION	8	CCPP/Barrio/Dirección:		JR COLMENARES			
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:			a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:							
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:			LOS CAMPEONES							
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:			QUINTA BOLIVIANA							
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante):			a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros:							
II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS											
13	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1										
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 1 Meses: 3 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:										
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI							SI	NO	NS/NR	
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)							SI	NO	NS/NR	
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Niño 1: OCTUBRE Niño 2: Niño 3:							NS/NR			
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)							SI	NO	NS/NR	
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
19	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año							SI	NO	NS/NR	
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
20	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)							SI	NO	NS/NR	
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
20.1											
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?							SI	NO	NS/NR	
21.1	Señale su nombre: KHATERIM PAUCAR SULLCA										
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?							SI	NO	NS/NR	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 3							NS/NR NA			
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?							SI	NO	NS/NR	
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos							SI	NO	NS/NR	
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:							Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:										

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 951864589		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° <u>V-210-2021-HVC-C</u>			
SEDE REGIONAL HUANCAMELICA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES									
(a) Lactancia materna (b) Le doy hierro (c) Lavado de manos (d) Le doy agua hervida o clorada (e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros								NS/NR	
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione:								
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:								
(a) Antes de preparar los alimentos (b) Antes de comer (c) Después de ir al baño (d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros								NS/NR	
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:								
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?								
						SI	NO	NS/NR	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?								
						SI	NO	NS/NR	
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:								
	Alimento 1	Alimento 2	Alimento 3	Alimento 4	Alimento 5	NS/NR			
	Alimento 6	Alimento 7	Alimento 8	Alimento 9	Alimento 10	NA			
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:								
						Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:								
AGREGAR UNA CANTIDAD PARA CONSUMO DEL NIÑO									
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?								
						SI	NO	NS/NR	
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:								
						Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?								
						SI	NO	NS/NR	
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:								
						Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?:								
ENTREGAR LOS OPORTUNAMENTE LOS MATERIALES									
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:								
						Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
31	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?								
						SI	NO	NS/NR	
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?								
						SI	NO	NS/NR	
32.1	Si la respuesta es Si ¿Cómo valora usted los materiales observados?:								
						Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:								
DESCONOCER DE LA PLATAFORMA									
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?								
	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5 metros (X) Ninguna () Otros								
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?								
	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()								
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué								
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?								
						SI	NO	NS/NR	
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?								
						SI	NO	NS/NR	
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?								
						SI	NO	NS/NR	
38	OBSERVACIONES (o dificultades)								
DURANTE LA ULTIMA ENTREGA DEL KIT DE HIGIENE Y PROTECCION, NO SE ENTREGO LOS 02 ROLLOS DE PAPEL TOALLA									
39	RECOMENDACIONES								

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
Teléfono Regional: 951864589 Teléfono Nacional: 951864589		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS	
CODIGO N° <u>V-210-2021-HVC-C</u>			
SEDE REGIONAL HUANCavelica PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES			
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	MOISES CURIPACO HUILLCAS	Nombres y Apellidos:	MOISES CURIPACO HUILLCAS
DNI:	45872857	DNI:	45872857
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	huancavelica.2rctvcperu@gmail.com	Correo electrónico:	huancavelica.2rctvcperu@gmail.com